

بررسی شیوع خشونت و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مبینی سبزوار

مهین بداغ‌آبادی

مربی گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی سبزوار

مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره اول بهار ۸۶ صفحات ۷۶-۷۱

چکیده

مقدمه: خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان‌آور و آزارنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می‌شود. این معضل مهم اجتماعی بر تمام مراحل زندگی زنان بالاخص دوران حاملگی سایه افکنده است و از شیوع نامشخصی در بارداری برخوردار است. طبعاً تعیین شیوع و خشونت عوامل مرتبط با آن تأثیر بسزایی در کاهش اثرات سوء این مسأله خواهد داشت.

روش کار: پژوهش حاضر بصورت توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی ۵۸۷ زن باردار به مرحله اجرا در آمد. نمونه‌گیری به طریق آسان و در دسترس انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها مشاهده و مصاحبه حضوری بود و از یک فرم مصاحبه و چک‌لیست مشاهده استفاده شد. جهت تعیین روایی داده‌ها از روش اعتبار محتوا و پایایی ابزار مورد نظر از طریق مشاهده همزمان ارزیابی شد. نتایج توسط آزمونهای آماری کای دو، t -test و من‌ویتنی یو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که ۱۴/۵٪ زنان مورد پژوهش در دوران بارداری تحت خشونت جسمی از سوی همسرانشان قرار گرفته بودند. بین متغیرهای نسبت خویشاوندی با همسر، سابقه کفوری در همسر، احساس فرد نسبت به زندگی مشترک و روابط جنسی، شغل همسر، سعی به خودکشی، ابتلا به عفونت در حاملگی، اعمال محدودیت در خرید و مخارج منزل و معاشرت و داشتن منبع درآمد مستقل و همچنین سن ازدواج، میزان تحصیلات، رتبه حاملگی، رتبه زایمان، تعداد بچه زنده و مدت زندگی مشترک با بروز خشونت رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع نسبتاً بالای خشونت جسمی در زنان باردار و عوامل خطر اجتماعی مشخص شده در این پژوهش، توصیه می‌شود که پرسنل بهداشتی در تمام ملاقاتهای خود با زنان، بر اساس عوامل مرتبط با خشونت غربالگری لازمه انجام داده تا با شناسایی به موقع قربانیان از عوارض خطرناک آن پیشگیری و مراقبتهای لازمه در حین بارداری و زایمان را به مرحله اجرا در آورند.

کلیدواژه‌ها: رفتار - خشونت - بارداری - سبزوار

نویسنده مسئول:

مهین بداغ‌آبادی

دانشکده پرستاری و مامایی -

دانشکده علوم پزشکی سبزوار

سبزوار - ایران

تلفن: ۰۹۸ ۵۷۱ ۲۲۲۴۸۴۱

پست الکترونیکی:

bodaghahadima@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۴/۱۱/۳۰ اصلاح نهایی: ۸۵/۴/۲۶ پذیرش مقاله: ۸۵/۵/۲۲

مقدمه: سوءاستفاده جسمی، جنسی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و

متارکه می‌باشد (۱،۲).

امروزه خشونت مشکل عمده و مهم اکثر جوامع بالاخص

کشورهای جهان سوم می‌باشد. بخش تحقیقات جنائی آمریکا

خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری که از طریق

توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان‌آور و آزارنده بمنظور

اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می‌شود و شامل

کمک‌رسانی به این افراد طراحی شده است. لذا با توجه به اهمیت بررسی این معضل اجتماعی و به امید شناخت افراد آسیب دیده و افراد در معرض خطر و نیز به منظور ارائه راهکارهای مناسب جهت اتخاذ سبک زندگی سالم و شکستن سیکل معیوب خشونت این پژوهش به مرحله اجرا در آمد تا شاید نتایج حاصل از آن گامی هر چند کوچک در راستای حل مشکلات این قشر محروم از حمایت‌های اجتماعی و آسیب دیده بردارد.

روش کار:

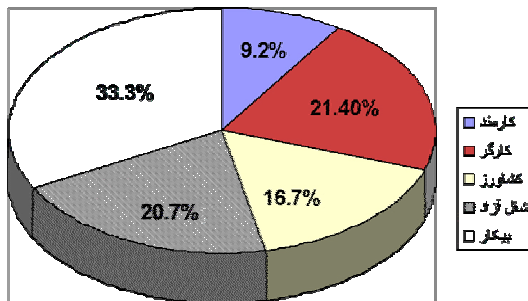
پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهیدان میبنی شهرستان سبزوار انجام شد. تعداد نمونه لازم برای این پژوهش در سطح اطمینان ۹۵٪ و با دقت ۵۷/۰۳، صفر نفر برآورد شد که در نهایت ۵۸۷ زن باردار مورد بررسی واقع شد. نمونه‌گیری به طریق آسان و در دسترس و روش جمع‌آوری داده‌ها مشاهده و مصاحبه حضوری بود و از یک فرم مصاحبه و چکلیست مشاهده استفاده شد. فرم مصاحبه شامل سؤالاتی در زمینه مشخصات دموگرافیک، وضعیت شروع حاملگی، زمان شروع و نوع رفتار خشونت‌آمیز در حاملگی بود. در فرم، مشاهده وجود آثار خشونت جسمی ثبت می‌شد. در این طرح منظور از خشونت بروز یک یا چند مورد از رفتارهای لگ زدن، کتک، ضربه، گاز گرفتن، سوزاندن، پرتاب اجسام، سعی به خفه نمودن، تهدید به اعمال آسیب یا متارکه از سوی همسر و اعمال آن بر زن باردار می‌باشد.

جهت تعیین روایی داده‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد بدین طریق که فرم مصاحبه به رؤیت چند تن از متخصصین مربوطه رسانده و سپس نظرات آنان بررسی و با اعمال در فرم مصاحبه و مشاهده فرمهای نهایی تهیه شد. پایایی ابزار موردنظر نیز از روش مشاهده همزمان توسط دو نفر از پرسشگران به شکل مصاحبه حضوری در مورد ۱۰ نفر انجام و همبستگی موجود بین نتایج جهت پایایی ابزار بررسی شد. بعد از اتمام نمونه‌گیری و ورود اطلاعات به برنامه نرم‌افزاری SPSS، داده‌ها توسط آزمونهای آماری مجذور کای، t-test و من ویتنی یو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نشان داد که زنان آمریکایی در طول دوره زندگی‌شان بنحوی تحت خشونت بوده‌اند (۳). بر اساس نتایج تحقیق ملی در سال ۱۹۹۸ از کل زنان مورد بررسی، ۵۲٪ تحت حملات جسمی قرار گرفتند که ۷۵٪ این حملات از سوی همسران اعمال شده بود. بخش تحقیقات ملی آمریکا شیوع آن را در زنان بارداری که فرزند زنده دنیا آورده بودند، بین ۰/۹٪ تا ۲۰٪ و با تخمینی بین ۳/۹٪ تا ۸/۳٪ بدست آورده است ولی آنچه که مسلم است، این است که شیوع این معضل در حاملگی به مراتب بیش از سایر حالات غیر طبیعی است لذا بطور روتین در طی بارداری مورد غربالگری قرار می‌گیرند (۳). از سوپی راجع به شیوع این معضل اجتماعی عوامل آن اطلاعات دقیقی در دست نمی‌باشد. اما آنچه که مسلم است این می‌باشد که خشونت عوارض سوء زیادی به همراه دارد و خودکشی علت مرگ اکثر این زنان است. این زنان همچنین بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی بعد از زایمان و خشونت مجدد می‌باشند (۱،۳). تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس و مرگ داخل رحمی جنین از جمله عوارض گزارش شده در این زنان می‌باشد (۱،۴،۵). لازم به ذکر است که اثر سوء اعمال خشونت بر زنان تنها گریبانگیر این افراد نیست بلکه کودکان نیز متأثر از این جو ناآرام خواهند شد. پژوهشهای مختلف نشان داده است که کودکانی که در دوره طفولیت تحت خشونت قرار گرفته‌اند یا شاهد رفتار خشونت‌آمیز بوده‌اند، در بزرگسالی یا خود قربانی خشونت می‌شوند و یا عامل بروز خشونت بر همسران و فرزندانشان خواهد بود (۳).

پژوهشی نیز در جنوب شهر تهران نشان داد که خشونت خانگی به میزان متوسط وجود دارد و این خشونت به شکل همسرآزاری (زن‌آزاری) و کودک‌آزاری دیده می‌شود. بعبارتی زنان و دختران قربانیان طراز اول خشونت خانگی‌اند (۹). از سوپی وظیفه اخلاقی و حرفه ای ماماها بعنوان اولین پرسنل درمانی مرتبط با زنان منجمله زنان باردار ایجاب می‌کند تمام مسایل و موانع موجود در طیف سلامت جسمی و روانی زنان را تحت مطالعه و بررسی قرار دهند و رهایی یک زن آسیب دیده را وظیفه و ترک آن را جنایت تلقی کنند (۳). امروزه در جوامع غربی منجمله آمریکا روشهای ارزیابی خشونت و ایجاد مهارتهای لازم برای درمان قربانیان خشونت، جزو پروژه‌های آموزشی دانشجویان می‌باشد و مؤسساتی در راستای

واکنش این زنان به رفتار خشونت‌آمیز در اکثر موارد بصورت گریه و سکوت (۷/۹٪)، جدال لفظی (۲/۴٪) و ترک محل (۰/۹٪) بوده است. این زنان علت رفتار خشونت‌آمیز را در اکثر موارد (۳٪) دخالت بستگان، سوء‌زن، بهانه‌جوئی، سوء‌تفاهم، خستگی روزانه، اعتیاد و ... مطرح نمودند. همانطور که در نمودار شماره ۱ مشخص شده است، ۴۳٪ زنان آسیب دیده، همسرانشان شغل آزاد داشتند و افراد بیکار (۳۳/۳٪) نسبت به مردان شاغل (۶۶/۷٪) بیشتر زانشان را تحت آزار جسمی قرار داده بودند که از نظر آماری اختلافات موجود در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی‌دار بوده است ($P < 0.05$).



نمودار شماره ۱ - وضعیت شغلی همسران قربانی خشونت

جدول شماره ۳ - فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌های مورد

پژوهش بر حسب وضعیت تداوم رفتار خشونت‌آمیز در حاملگی

وضعیت تداوم رفتار خشونت‌آمیز در حاملگی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
قطع	۳۸	۴۴/۴٪
کاهش	۲۳	۲۸/۳٪
بدون تغییر	۱۳	۱۶٪
افزایش	۱	۱/۳٪
جمع	۸۵	۱۰۰٪

زنان شهری بیش از زنان روستایی تحت آزار جسمی قرار گرفته بودند (۵۴/۵٪ در مقابل ۴۵/۵٪) که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($P = 0.107$). مردانی که به تریاک و مشتقات آن معتاد بوده‌اند بیش از سایرین همسرانشان را تحت آزار جسمی قرار داده‌اند که تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

نتایج:

از کل ۵۸۷ زن باردار مورد مصاحبه، ۱۴/۵٪ در دوران بارداری تحت خشونت جسمی قرار گرفته بودند (جدول شماره ۱) که ۱۹/۳۱٪ خشونت را بشکل کتک زدن، ۱۲/۱۲٪ مشت زدن، ۸/۳۳٪ لگد زدن، ۲۹/۵۴٪ سیلی زدن، ۱۳/۶۳٪ بصورت پرتاب اجسام، ۱۰/۶٪ هل دادن، ۰/۷٪ گاز گرفتن، ۰/۷٪ سوزاندن، ۰/۷٪ سعی به خفه کردن گزارش نموده‌اند. ۴/۱۶٪ نمونه‌ها مورد تهدید به آسیب جسمی و متارکه قرار گرفته بودند و ۱/۲٪ آنها با وسایلی نظیر چاقو، آجر، سنگ، چوب و زنجیر مورد تهاجم واقع شده بودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱ - فراوانی رفتار خشونت‌آمیز در دوران

بارداری

وضعیت رفتار	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
با خشونت	۸۵	۱۴/۵٪
بدون خشونت	۵۰۲	۸۵/۵٪
جمع	۵۸۷	۱۰۰٪

جدول شماره ۲ - فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌های

مورد پژوهش بر حسب نوع رفتار خشونت‌آمیز در بارداری

انواع رفتار خشونت‌آمیز	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
کتک زدن	۱۶	۱۹/۳۲٪
مشت زدن	۱۰	۱۲/۱۲٪
لگد زدن	۷	۸/۳۳٪
سیلی زدن	۲۵	۲۹/۵۴٪
پرتاب اجسام	۱۲	۱۳/۶۳٪
هل دادن	۹	۱۰/۶٪
گاز گرفتن	۱	۰/۷٪
سوزاندن	۱	۰/۷٪
سعی به خفه کردن	۱	۰/۷٪
تهدید به آسیب	۳	۴/۱۶٪
جمع	۸۵	۱۰۰٪

۲/۲٪ نمونه‌ها بدلیل صدمات وارده در بیمارستان بستری شده بودند و از زمان شروع رفتار خشونت‌آمیز در بارداری تا زمان مصاحبه (زمان مراجعه به بیمارستان)، شدت اعمال وارده در ۴۴/۴٪ موارد کاملاً قطع شده بود، ۲۸/۳٪ موارد کاهش، ۱۶٪ بدون تغییر و ۱/۳٪ موارد افزایش یافته بود.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب ابتلا به عفونت در حاملگی

جمع		خیر		بلی		ابتلا به عفونت در حاملگی
فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	گروه
٪۸۴/۵	۸۵	٪۸۴/۴	۵۱	٪۱۴/۷۲	۳۴	قربانی خشونت
٪۸۵/۵	۵۰۲	٪۸۵/۶	۳۰۵	٪۸۵/۲۸	۱۹۷	فاقد خشونت
٪۱۰۰	۵۸۷	٪۱۰۰	۳۵۶	٪۱۰۰	۲۳۱	جمع

خویشاوندی با همسرشان نداشته‌اند. میانگین سن افراد خشونت یافته اندکی بیشتر از افراد فاقد خشونت بود که آزمون من ویتنی یو این تفاوت را معنی‌دار نشان داد.

میزان درآمد، تحصیلات، رتبه ازدواج، سن ازدواج در گروه سالم بیش از گروه خشونت یافته بود که فقط در مورد میزان تحصیلات ($P < ۰/۰۰۳$) و سن ازدواج ($P < ۰/۰۰۶$) در سطح اطمینان ۹۵٪ این اختلاف معنی‌دار بوده است. ۴۰٪ مردانی که سابقه کیفری داشته‌اند در مقابل ۱۶/۵٪ فاقد این مشکل همسرانشان را به نحوی تحت آزار جسمی قرار داده‌اند. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بوده است. مواردی نظیر سرقت، اعتیاد، قاچاق مواد مخدر از جمله علل سابقه کیفری این افراد بوده است. بین سابقه اعمال خشونت و رفتار خشونت‌آمیز ارتباط آماری مشاهده شد ($P = ۰/۰۰۲$) که در این بین ۱۸/۶٪ همسران و ۴/۳٪ والدین، فرد را مورد آزار و اذیت جسمی قرار داده بوده‌اند.

۱۳/۹٪ افراد آسیب دیده، تصمیم به جدایی گرفتند که اکثریت آنها بدلیل وجود فرزند از تصمیم خود منصرف شدند. همچنین آزمون مجذور کای بین متغیرهای نسبت خویشاوندی با همسر، سابقه کیفری در همسر، احساس فرد نسبت به زندگی مشترک و شغل همسر، سعی به خودکشی، ابتلا به عفونت در حاملگی، اعمال محدودیت در خرید و مخارج منزل و معاشرت و داشتن منبع درآمد مستقل و آزمون من ویتنی یو بین سن ازدواج، میزان تحصیلات، رتبه حاملگی، رتبه زایمان، تعداد بچه زنده و مدت زندگی مشترک با بروز خشونت رابطه آماری معنی‌داری نشان داد.

بین دفعات خودکشی، سن فرد، رتبه ازدواج، سن همسر، تعداد سقط خودبخود و عمدی، تعداد بچه مرده، سن حاملگی جنین، فاصله حاملگی از حاملگی قبلی، زمان دریافت اولین مراقبت پره‌ناتال، سابقه افسردگی، وجود دو همسری، نوع

٪۲۱/۶ زنان آسیب دیده سابقه افسردگی را ذکر کرده‌اند و ۱۲/۵٪ افرادی که سعی به خودکشی داشته‌اند جزو قربانیان خشونت بوده‌اند که در این بین، استفاده از قرص و نفت برای خودکشی شایع بوده است.

۵۴/۵٪ افراد آسیب دیده همسرانشان به تنهایی مسئولیت خرید منزل را بر عهده داشته‌اند و ۸۱/۲٪ مردانی که به همسرانشان در خرید و مخارج منزل محدودیت اعمال می‌نموده‌اند به نوعی همسرانشان را آزار و اذیت نموده‌اند.

۹۴/۶٪ افراد آسیب دیده هیچگونه منبع درآمد مستقلی نداشته و در بین کسانی که درآمد مستقل داشته و تحت آسیب جسمی قرار گرفته بوده‌اند، ۹۵/۴٪ اجازه برداشت پول از بانک را نداشته و ۹۴٪ حق تصرف در منبع درآمد را نیز نداشته‌اند. همچنین ۳۷/۵٪ افرادی که در خروج از منزل دچار محدودیت بوده‌اند، در مقابل ۱۵/۷٪ افراد فاقد این محدودیت، تحت آسیب جسمی قرار گرفته‌اند.

بین رفتار خشونت‌آمیز و احساس فرد نسبت به زندگی مشترک ارتباط آماری مشاهده شد به طوری که ۷۵٪ زنانی که از زندگی مشترکشان ناراضی بوده‌اند، دچار خشونت شده‌اند و این امر می‌تواند به این مفهوم باشد که عدم رضایت فرد از زندگی مشترک ثانویه به بروز رفتار خشونت‌آمیز است.

۳۰/۱٪ کسانی که در حاملگی دچار عفونت شده‌اند در مقابل ۱۴/۴٪ افرادی که فاقد مشکل عفونی بوده‌اند، تحت خشونت قرار گرفته‌اند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$) و در بین انواع عفونت‌ها عفونت ادراری و عفونت سیستم ژنیتال شایع‌تر می‌باشد (جدول شماره ۴).

بین نسبت خویشاوندی و رفتار خشونت‌آمیز رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P = ۰/۰۵$). به نظر می‌رسد که ازدواج فامیلی یک عامل حفاظتی در مقابل رفتار خشونت‌آمیز می‌باشد، بطوری که ۵۵/۴٪ افراد آسیب دیده هیچگونه نسبت

کمترین آن زمانی بوده که از گزارش خود موردی استفاده شده است و این میزان از ۱٪ تا ۲۰٪ متغیر بوده است و با تخمینی دیگر بین ۳/۹٪ تا ۸/۳٪ بدست آمده است. اکثر زنان آسیب دیده علت بروز خشونت را دخالت خانواده همسر مطرح نموده بودند و واکنش اکثر زنان به این رفتار خشونت‌آمیز بشکل گریه کردن و سکوت بوده است. مشاخره، ترک منزل، مقابله به مثل از جمله واکنشهای دفاعی این زنان بوده است. تحقیق آقای اکامپو و همکاران نشان داد که ۲۰٪ زنان آسیب دیده قدرت دفاعی در مقابل خشونت را نداشته‌اند (۵). در بین ریسک‌فاکتورهای رفتار خشونت‌آمیز آقای ویزکارا و همکارانش تحصیلات اندک، خانه‌دار بودن، مصرف الکل، کمبود حمایت‌های اجتماعی، وجود علایم افسردگی، اضطراب و شاهد رفتار خشونت‌آمیز والدین بودن را مطرح نمودند (۷).

در پژوهش حاضر نیز بین شغل همسر، نسبت خویشاوندی با همسر، سن ازدواج، میزان تحصیلات، رتبه حاملگی، رتبه زایمان، تعداد بچه‌های زنده، مدت زندگی مشترک با همسر و نیز سابقه رفتار خشونت‌آمیز رابطه آماری معنی‌داری بدست آمد. بین سن خانم باردار، رتبه ازدواج، سن همسر، شهری یا روستایی بودن، میزان درآمد خانواده، تعداد سقطها، سن حاملگی، فواصل حاملگی، روابط والدین فرد در دوره تجرد، در دو گروه آسیب دیده و فاقد خشونت تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

خانم طاهری در طی پژوهش خود بر روی ۱۰۵ زن مراجعه‌کننده به واحد پزشک قانونی شهرستان خدابنده زنجان، عواملی نظیر روستایی بودن، بی‌سوادی و عدم اشتغال را از جمله عوامل همراه با خشونت فیزیکی در زنان سالخورده عنوان نموده بود (۱۰).

در پژوهش حاضر اکثر مردانی که همسرانشان را تحت آزار و اذیت جسمی قرار داده بودند، هیچگونه شغلی نداشتند. طبعاً پدیده بیکاری باعث حضور بیشتر مرد در منزل و کشمکش‌های زناشویی بدلیل مشکلات مالی و اثرات روانی حاصل از آن خواهد شد. مردانی که به همسرانشان در خرید و مخارج منزل محدودیت اعمال می‌نموده‌اند به نوعی همسرانشان را آزار و اذیت نموده‌اند. از آنجایی که افراد آسیب دیده هیچگونه منبع درآمد مستقلی نداشته‌اند، بنظر می‌رسد که اشتغال زنان یک

سکونت با همسر، اعتیاد همسر، تمایل به حاملگی، آرمی در حاملگی، خونریزی در حاملگی، سابقه بستری در بیمارستان در طی حاملگی، احساس فرد نسبت به حاملگی، تمایل فرد نسبت به جنس جنین، وضعیت خرید منزل، اجازه برداشت پول از بانک و اجازه دخل و تصرف در منبع درآمد و رابطه والدین در دوران تجرد با بروز رفتار خشونت‌آمیز رابطه آماری معنی‌داری نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری:

امروزه خشونت یک مشکل اجتماعی و پزشکی بوده که بر زندگی اکثر زنان و خانواده‌های آنان سایه افکنده است. سوءاستفاده جسمی، جنسی، روانی، اقتصادی از اشکال مختلف خشونت بوده که ممکن است توسط فردی نزدیک مانند همسر و یا افراد دیگر اعمال شود. در این بین خشونت خانگی یا خشونت اعمال شده از سوی همسر بالاخص در کشورهای جهان سوم، بیشتر مورد توجه واقع شده است. نتایج یک تحقیق ملی در سال ۱۹۹۸ از کل زنان مورد بررسی شیوع خشونت جسمی را ۵۲٪ تخمین زد که ۷۵٪ موارد، عامل خشونت همسر عنوان شده بود.

در پژوهش حاضر از کل ۵۸۷ خانم باردار مورد بررسی ۱۴/۵٪ رفتار خشونت‌آمیز را در حاملگی تجربه نموده بودند که شایع‌ترین رفتار خشونت‌آمیز در این بین، سیلی زدن (۲۹/۵۴٪) گزارش شده بود. استفاده از وسایلی نظیر چاقو، سنگ و چوب استفاده شده بود و در ۲/۲٪ موارد شدت این صدمات بدنی بوده است که باعث بستری در بیمارستان شده است. آقای ویزکارا و همکارانش در ۴۲۲ زن، شیوع خشونت جسمی را ۱۳٪ گزارش نمودند (۷). خانم طاهری نیز در طی پژوهشی بر روی ۱۰۵ زن مراجعه‌کننده به شهرستان خدابنده زنجان بیشتر صدمات وارده را بشکل کتک گزارش نموده بود (۱۰).

بر طبق نظر کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان از هر دوازده حاملگی، یک مورد بعثت ترومای فیزیکی دچار آسیب می‌شود که از جمله علل آن خشونت می‌باشد (۳). شیوع خشونت خانگی در حاملگی ناشناخته است. تحقیقات مربوطه بسته به نمونه مورد مطالعه و روش جمع‌آوری اطلاعات، یافته‌های متغیری را نشان می‌دهد. بیشترین شیوع آن زمانی بوده که اطلاعات با مصاحبه حضوری بدست آمده است و

اذیت جسمی قرار می‌گیرند. لذا با توجه به ارقام مذکور و با توجه به اینکه هر نوع تروما اثر سوء روانی و جسمی نه تنها بر زن باردار بلکه بر جنین و عبارتی بر نسل آینده می‌گذارد و با توجه به شعار جهانی سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اهمیت دادن به سلامت تک تک مادران و کودکان، لازم است که مسئولین بهداشتی با استفاده از برنامه‌های غربالگری و ایجاد مراکز حمایتی برای این قشر آسیب‌پذیر و محروم و با انجام پژوهش‌های وسیع‌تر جهت شناخت علل این صدمات و با توجه به جو حاکم بر جامعه و بمنظور شکستن سیکل معیوب خشونت گام‌های مؤثری در جهت حل این معضل اجتماعی بر دارند. به امید آنکه در آینده‌ای نزدیک شاهد جامعه‌ای سالم بوده و تمامی زنان با امنیت خاطر نقش فعال‌تری در اجتماع ایفا نمایند.

سیاسگذاری:

لازم است از همکاری مسئولین بیمارستان شهید مبینی سبزواری و کلیه کسانی که در این پژوهش ما را یاری دادند، تشکر و قدردانی بعمل آوریم.

اثر حفاظتی برای آنان داشته باشد. اما نکته حائز اهمیت آن است که در بین کسانی که درآمد مستقل داشته و تحت آسیب جسمی قرار گرفته بوده‌اند، اکثراً اجازه برداشت پول از بانک را نداشته و از این بین نیز تعداد زیادی از حق دخل و تصرف در منبع درآمد نیز محروم بوده‌اند. آنچه که مسلم است، این است که عدم تمک بر ماحصل درآمد باعث کاهش انگیزه اشتغال و عدم تمایل زنان به کار بیرون از منزل و در نهایت بدور ماندن آنان از صحنه اجتماع خواهد شد و در کسانی که با توجه به شرایط موجود به فعالیت خود ادامه داده‌اند، احتمال کاهش کیفیت کاری وجود دارد. عبارتی جبر حاکم بر این خانواده‌ها، اشتغال را امری غیر مفید برای آنها نموده است. عدم گسترش فامیلی و احتمال افزایش تولد نوزاد مبتلا به اختلال ژنتیک دو محدودیت عمده ازدواج فامیلی می‌باشد و بغیر از این دو مشکل بنظر میرسد که از هر جهت نسبت به ازدواج غیرفامیلی ارجحیت داشته باشد. پژوهش حاضر نیز نشان داد که ازدواج فامیلی ریسک بروز خشونت را کاهش می‌دهد. نتایج این پژوهش در نهایت نشان داد که ۱۴/۵٪ زنان باردار جامعه سبزواری به نحوی تحت آزار و

References

منابع

1. Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(5):305-317.
2. Paluzzi P. Violence against women: are we doing enough? *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(5):303-304.
3. Seng JS. A conceptual framework for research on lifetime violence, posttraumatic stress and childbearing. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(5):337-346.
4. O'Campo P, McDonnell K, Gielen A, Burke J, Chen Y. Surviving physical and sexual abuse: what helps low-income women? *Educ Couns*. 2002;46(3):205-212.
5. Cunradi CB, Ceetano R, Schafer J. Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26(4):493-500.
6. Vizcarra MB, Cortes J, Bustos L, Alarcon M, Munoz S. [Violence in the city Temunco. Prevalence studies and conjugal associated factors]. *Rev Med Chil*. 2001;129(12):1405-1412.
7. Cunningham FG, Clark SL, Gilstrap LC, Gant NF, McDonald PC, Leveno KJ, et al. Williams obstetrics. 20th ed. New York: Appleton & Lange; 1997.
8. Mc Farlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol*. 2002;100(1):27-36.

پوررضا، ابوالقاسم، سلامت، زن و توسعه. خلاصه مقالات اولین همایش ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت. ۱۳۸۲ خرداد. تهران، ایران.

طاهری، ش. بررسی میزان و کیفیت خشونت فیزیکی علیه زنان در خانواده در بین مراجعین به پزشک قانونی شهرستان خدابنده زنجان در سال ۱۳۷۹. خلاصه مقالات اولین همایش ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت. ۱۳۸۲، خرداد. تهران، ایران.